UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 103

FACULTÉ DE MÉDECINE

KYSTES DERMOÏDES DU MÉSENTÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

PAR

Charles MAGNE

Né à Saint-Gilles (Gard), le 25 juin 1886
Lauréat du concours de fin de 3e année (1910)
Ancien interne des hôpitaux de Nimes (Concours 1910)
Ancien répétiteur du cours d'accouchement et d'anatomie
à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : CARRIEU, Professeur, *Président*. GRANEL, Professeur. SOUBEYRAN, Agrégé. EUZIÈRE, Agrégé. *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

KYSTES DERMOÏDES DU MÉSENTÈRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 103

FACULTÉ DE MÉDECINE

KYSTES DERMOÏDES DU MÉSENTÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Charles MAGNE

Né à Saint-Gilles (Gard), le 25 juin 1886
Lauréat du concours de fin de 3e année (1910)
Ancien interne des hôpitaux de Nimes (Concours 1910)
Ancien répétiteur du cours d'accouchement et d'anatomie
à la Maternité du Gard

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : CARRIEU, Professeur, *Président.* — GRANEL, Professeur. — SOUBEYRAN, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	Doyen.
SARDA	Assesseur.
IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O. ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. CARRIEU, *Président.*	MM. SOUBEYRAN, *Agrégé.*
GRANEL, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND'MÈRES

C. MAGNE.

A MA MÈRE

C'est à elle que je dois tout, qu'elle soit assurée de ma profonde affection.

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRÈRE

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES PARENTS, A MES AMIS

C. MAGNE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARRIEU

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

C. MAGNE.

AVANT - PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales nous tenons à témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui durant le cours de nos études nous ont honoré de leur sympathie et aidé de leurs conseils.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Carrieu de la bienveillance qu'il a toujours eue pour nous et de l'honneur qu'il nous fait d'accepter aujourd'hui la présidence de notre thèse.

Que M. le professeur Granel soit assuré de notre gratitude pour les marques de sympathie qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Que M. le professeur agrégé Soubeyran à qui nous devons le sujet de notre travail soit assuré de notre profonde reconnaissance.

M. le professeur agrégé Euzière a toujours été pour nous un maître dévoué, nous l'en remercions vivement.

Que mes cousins, les docteurs Louis Bousquet, de Montpellier, et Denis Bousquet, de Deuil, qui furent mes premiers maîtres, reçoivent les remerciements de toutes

les peines que je leur ai données, qu'ils soient persuadés que je garderai d'eux un impérissable souvenir.

Merci enfin à tous mes maîtres des hôpitaux de Nimes qui m'ont appris à connaître et à aimer la pratique de la médecine.

KYSTES DERMOÏDES
DU MÉSENTÈRE

INTRODUCTION

L'étude des tumeurs du mésentère ne date que de 30 ans environ ; ce n'est que comme curiosités ou trouvailles d'autopsie que des auteurs tels que : Tulpius, Horstius, Morgagni, Benevini (milieu du XV[e] siècle), les ont signalés. Portal, dans son *Cours d'anatomie médicale*, tome IV, paru à Paris en 1803, essaie d'indiquer quelques symptômes permettant de les reconnaître. Son travail paraît avoir été oublié.

En 1831, Cruveilhier déclare à la Société d'Anatomie que Dupuytren a vu un kyste dermoïde du mésentère. En 1880, la question se précise avec les travaux de Millard et Tillaux (*Bull. Acad. Méd. Paris*). En 1884, Collet montre le lieu d'élection des tumeurs en indiquant les régions où les feuillets mésentériques sont décollables.

La thèse d'agrégation d'Augagneur, en 1886, les travaux de Hahn, en 1887, du D[r] Coppens, de Lille, en 1888, l'observation de Lœwenmeyer à la Société de Médecine berlinoise, le 25 janvier 1888, de Duret 1890 (Soc. des

Sciences médicales de Lille) ; de Braquehaye (Arch. Gén. de médecine. 1892), ont fait connaître l'anatomie pathologique, les symptômes et le pronostic de ces tumeurs.

Le travail de Begouin (*Revue de Chirurgie*, 1898) nous renseigne surtout sur le traitement. Des observations récentes ont mis la question des kystes dermoïdes du mésentère à l'ordre du jour, ce sont celles de Spencer Wells, de Lemichez, de Schmid (de Nice), en 1909. Le travail de Houzel, 1910, de Souligoux et Ménétrier, en mars 1912 ; et en particulier celle de M. le professeur Soubeyran qui a attiré notre attention sur ce sujet et a bien voulu nous en procurer les éléments nécessaires et les résultats de ses dernières observations.

Le but que nous nous proposons dans ce travail est de faire une étude complète des kystes dermoïdes du mésentère. Réunissant les éléments épars de cette étude, dans les diverses communications faites à ce sujet depuis plusieurs années, voici le plan que nous avons suivi :

I. — Dans un premier chapitre nous étudierons le mésentère au point de vue anatomique et physiologique étant donné son importance dans la formation de ces tumeur, dans leurs symptômes et dans les suites opératoires.

II. — Le deuxième chapitre sera consacré à l'étude de la pathogénie et l'anatomie pathologique des kystes dermoïdes.

III — Nous ferons ensuite leur étude clinique ;

Symptomatologie ;

Diagnostic ;

Pronostic.

IV. — Le quatrième chapitre sera réservé au traitement.

V. — Observations et conclusions.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Au niveau du bord postérieur ou concave de la partie jéjuno-iléale de l'intestin grêle, les 2 feuillets du péritoine s'adossent l'un à l'autre et forment un large repli qui vient s'attacher à la paroi postérieure de la cavité abdominale ; ce large repli qui fixe le jéjuno-iléon porte le nom de mésentère.

Le mésentère ayant la forme d'un éventail dont le sommet serait tronqué, on peut lui considérer : un sommet supérieur et postérieur, c'est le côté rachidien ; une base inférieure et antérieure, c'est le côté intestinal ; Enfin, 2 faces, l'une droite et supérieure, l'autre gauche et inférieure.

Le bord rachidien, oblique de haut en bas et de gauche à droite, va du bord gauche de la deuxième vertèbre lombaire (angle duodéno-jéjunal) à l'articulation sacro-iliaque droite, côté interne du cæcum, il mesure de 16 à 18 centimètres de long. C'est dans cette région que

nous trouvons la veine cave inférieure, la grande veine azygos, l'aorte, les vaisseaux iliaques primitifs droits, le plexus solaire, des ganglions, des vaisseaux lymphatiques et du tissu cellulaire abondant et diffus.

La base qui forme une gaîne à la partie jéjuno-iléale de l'intestin grêle a environ 8 mètres de long. Au fur et à mesure qu'on va du rachis aux anses intestinales, le tissu connectif diminue et les 2 lames s'accolent à peu près intimement, ne laissant dans leurs interstices que la place nécessaire aux vaisseaux et aux nerfs qui se rendent à l'intestin ; c'est dans cette région, qui constitue les départements artériels de Collet, que les 2 lames sont peu décollables, que les tumeurs se développement plus difficilement, qu'elles seront plus douloureuses et leur extirpation plus pénible et plus dangereuse.

Le feuillet droit est en rapport avec le muscle psoas, l'uretère, l'aorte, la veine cave inférieure, le mésocôlon et le côlon ascendant.

Le feuillet gauche est en rapport avec le psoas, l'uretère, le mésocôlon et le côlon descendant.

D'ailleurs, par sa grande mobilité lors des contractions péristaltiques de l'intestin, le mésentère peut avoir des rapports plus ou moins intimes avec tous les organes contenus dans la cavité abdominale.

Rôle du mésentère. — Le mésentère est à la fois le pédicule et le hile de l'intestin, il sert en même temps à sa fixation et à sa nutrition. Il sert à la fixation de l'intestin par les fibres élastiques qu'il contient, par ces fibres musculaires constantes décrites par Rouget, qui venues du pilier droit du diaphragme se perdent en s'irradiant dans le mésentère ; lorsque cette tonicité est détruite, la masse intestinale tombe en avant (entérop-

tose), c'est ainsi que certaines tumeurs du mésentère qui au début étaient abdominales peuvent, lorsque leurs dimensions se sont accrues, devenir pelviennes.

Il concourt à la nutrition de l'intestin en servant de support aux vaisseaux qui s'y rendent, on peut donc prévoir que l'ablation d'une portion quelconque du mésentère puisse aboutir à la nécrose de la portion correspondante de l'intestin grêle, à la péritonite et à la mort.

Contenant les plexus nerveux et les nerfs qui vont à l'intestin ou qui en viennent, les tumeurs qui distendront les deux feuillets pourront par compression nerveuse déterminer des phénomènes très douloureux.

Le mésentère contient également les vaisseaux chylifères qui vont déverser dans le canal thoracique et dans la circulation générale les produits de la digestion. Si donc une tumeur bénigne comprime ou détruit ces vaisseaux, elle ne tardera pas à retentir sur l'état général et à produire des troubles de dénutrition rapide.

Quénu dans son article sur le mésentère de Duplay et Reclus nous dit : « On peut prévoir que les altérations qui atteignent le mésentère doivent surtout se traduire par des troubles dans le fonctionnement du tube intestinal ; aussi est-il maintes fois malaisé de dissocier la pathologie de l'intestin de celle du mésentère, et cette dernière malgré son importance causale passe-t-elle souvent au second plan. »

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE, ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Anatomie pathologique. — La paroi qui a de 2 à 6 millimètres d'épaisseur peut être de consistance rigide, dure comme du carton dans le cas de M. le professeur Soubeyran ; d'autres fois, au contraire, on peut la dissocier en 3 couches :

La couche externe formée par les deux feuillets du mésentère qui réagiront et formeront des adhérences d'autant plus fortes que le développement du kyste sera plus âgé, adhérences qui pourront rendre l'extirpation difficile ou impossible. Cette couche externe pourra contenir de gros vaisseaux dont la ligature sera préjudiciable à l'intestin.

La couche moyenne est formée par du tissu analogue au derme, composée surtout de faisceaux conjonctifs et contenant des glandes sébacées, des follicules pileux.

Sur la paroi interne nous trouverons souvent des cel-

lules épithéliales analogues à celles de l'épithélium cutané ; il faut cependant nous rappeler, comme nous le montrent les observations de Howship-Dickinson, que ces cellules peuvent n'exister que sous forme de débris et même faire totalement défaut comme dans le cas du docteur Soubeyran ; on trouve alors tapissant les faisceaux conjonctifs et dans leurs interstices une substance homogène ou finement granuleuse en voie de dégénérescence.

Le contenu est variable, le plus souvent on y trouve de la matière sébacée, caséeuse, analogue à du mastic ramolli ; épars dans cette masse on trouve souvent des poils de différentes couleurs (cas d'Andral, obs. III) qui peuvent atteindre un assez grand développement, des dents de toute nature et en nombre variable, jusqu'à 300; ces dents peuvent être isolées ou réunies et implantées sur une pièce osseuse ou sur la paroi fibreuse du kyste. Ces kystes contiennent également des fibres musculaires, des tissus nerveux, des cartilages, des os qui peuvent avoir des formes définies.

Leur siège dans le mésentère est variable ; ils peuvent être situés de la tête du pancréas à la cavité pelvienne.

Leurs rapports : le plus souvent ils plongent en avant et se rapprochent ainsi de l'ombilic. Ils peuvent être en contact avec le mésocôlon, avec l'épiploon, qui peuvent être adhérents à leur surface, comme dans l'observation de M. le professeur Soubeyran ; ils sont également en rapport avec le gros intestin tantôt à gauche, tantôt à droite.

Leur grosseur est variable : tous petits, ce ne sont alors que des trouvailles d'autopsie ; ou énormes et nécessitant l'intervention. Ils sont en général peu vascu-

laires, mais peuvent être sillonnés par les artères mésentériques qui se rendent à l'intestin.

Nombre : souvent unique, d'autres fois nombreux (cas de Fraenkel), coïncidant alors avec des tumeurs analogues de la cavité abdominale.

Étiologie. — Connaissant maintenant la constitution anatomique des kystes dermoïdes du mésentère, il est intéressant d'en étudier l'étiologie et d'en élucider la pathogénie : l'une et l'autre d'ailleurs sont assez imprécises.

Pour ce qui est de l'étiologie, elle ne diffère point de celle des autres kystes dermoïdes. Nous savons que ces tumeurs sont congénitales et qu'elles ont leur point de départ dans le développement embryonnaire de l'individu chez lequel elles apparaissent, quelle que soit l'époque plus ou moins tardive de leur apparition. L'âge, en effet, n'entre nullement en ligne de compte pour influencer l'apparition de ces tumeurs, et, bien que l'époque de la puberté semble donner un coup de fouet à leur évolution, elles peuvent se montrer à toutes les périodes de la vie humaine. Le rôle du sexe, de l'hérédité des traumatismes n'est pas non plus nettement élucidé, que l'on envisage ces tumeurs en général ou celles dont nous nous occupons ici en particulier.

Pathogénie. — La pathogénie des kystes dermoïdes est plus intéressante. Les théories que l'on a formulées pour l'expliquer sont nombreuses, mais il n'en est pas une qui puisse s'appliquer à tous les faits. Il semble, en effet, que ces tumeurs reconnaissent, suivant leur siège et leur complexité, des modes de formation différents. Quoi qu'il en soit, nous allons donner un exposé rapide

des théories proposées et nous tâcherons de montrer quelle est celle qui s'applique le mieux au cas qui nous occupe.

Nous laisserons de côté et nous ne citerons que pour mémoire la théorie des cellules conjonctives indifférentes de Virchow, celle des globules blancs de Conheim, celle de la grossesse extra-utérine.

La théorie la première en date est celle de la « diplogénèse par inclusion », ou théorie de l' « inclusion fœtale ». D'après cette théorie, due à Geoffroy Saint-Hilaire, le kyste dermoïde serait le résultat, soit d'une superfétation, soit d'une gémellité, avec arrêt de développement de l'un des germes, soit enfin d'un œuf à deux germes. La tumeur serait donc un parasite, un frère plus ou moins avorté du sujet porteur, et le dernier degré d'une série dont le premier terme est celui des jumeaux accolés, tels les frères Siamois. Nous passerons rapidement sur cette théorie, qui a été fortement battue en brèche par Lebert et Broca. Tous les kystes dermoïdes, en effet, ne contiennent pas de débris authentiques du fœtus, d'autres en contiennent trop, tel celui qui contenait 300 dents, ce qui, d'après cette doctrine, ferait supposer six germes dans un septième.

La seconde théorie de la pathogénie des kystes dermoïdes fut exposée par Lebert : c'est celle de l'hétérotopie plastique, d'après laquelle ces tumeurs seraient de véritables néoplasmes, de formation autogène et spontanée. Cet auteur laissait donc de côté l'origine congénitale des kystes dermoïdes.

Une autre théorie est celle de « l'enclavement ». Présentée par Verneuil, elle fut reprise et développée par Remak, en Allemagne. Le docteur Mossé, de Bordeaux (Congrès de chirurgie, 1886) ; le docteur Poulet,

Val-de-Grâce, démontrent expérimentalement le mécanisme de cette théorie. Très simple, cette théorie faisait dériver les kystes dermoïdes de l'*enclavement* d'une partie du tégument externe dans les tissus sous-jacents, au moment de l'évolution des lames ventrales ou dorsales. Par cette théorie on pourrait expliquer la formation des kystes dermoïdes du mésentère. Il se produirait, en effet, à la région dorsale une invagination ectodermique qui ferait pénétrer le tégument externe jusqu'au voisinage de l'entoderme avant que les deux lames mésodermiques qui s'avancent l'une vers l'autre pour former le mésentère se soient soudées sur la ligne médiane. Voici l'opinion formulée par Augagneur, dans sa thèse d'agrégation :

« C'est une véritable ectopie de petites parcelles du tégument externe, qui, enclavées primitivement dans des organes destinés à se déplacer, sont entraînées pendant leur migration dans des régions éloignées de leur point d'origine où leur développement ultérieur déterminera de véritables productions hétérotopiques.

» Des parcelles de l'ectoderme, invaginées et enclavées dans le corps de Wolff, peuvent être entraînées avec l'ovaire ou le testicule pendant leur migration et donner naissance à des kystes et des tumeurs d'origine épithéliale dans le voisinage de ces organes.

» Augagneur a émis l'hypothèse que ces parcelles peuvent s'arrêter, s'échelonner en route et être le point de départ des kystes dermoïdes du mésentère. »

Malheureusement, si cette théorie explique bien la formation de kystes très simples ne contenant que des productions ectodermiques, elle ne saurait expliquer la formation de ces tumeurs à tissus multiples (tissus nerveux,

cartilagineux, osseux, musculaires...) dont nous trouvons des exemples, même parmi celles du mésentère.

Pour ces cas complexes, il est une théorie qui paraît assez vraisemblable, c'est celle de la « parthénogénèse ». Sous ce nom on entend le développement d'un ovule en embryon, en dehors de toute fécondation, sans intervention de l'élément mâle. Constaté chez les animaux, ce phénomène avait été, chez les vertébrés supérieurs, pressenti par Buffon, supposé par Waldeyer, et nettement établi par Mathias Duval qui expliquait ainsi la formation des kystes dermoïdes de l'ovaire et du testicule par développement tardif des ovules primordiaux que l'on trouve aussi bien dans la glande femelle que dans la glande mâle embryonnaire, puisque toutes les deux ont la même origine. Mais si cette théorie est acceptable pour les kystes congénitaux des glandes génitales, comment pourrait-elle expliquer la formation de ceux du mésentère? On sait que l'ébauche des glandes sexuelles consiste dans ce que l'on appelle l'éminence germinale ou génitale, sorte de repli saillant situé de chaque côté du mésentère, entre ce dernier et le corps de Wolff. Il est donc fort possible que les lames du mésentère en se rapprochant l'une de l'autre pour venir se souder sur la ligne médiane, entraînent une partie de l'éminence génitale qui plus tard sera emprisonnée entre les 2 feuillets du mésentère et pourra donner naissance comme l'ovaire lui-même à un kyste dermoïde.

Il n'est pas rare d'ailleurs, et cela est un argument en faveur de cette théorie, qu'un kyste dermoïde du mésentère coexiste avec un kyste ovarien de même nature.

La dernière théorie est celle de la cellule nodale de Trévoux, 1888 ; cette cellule contient en germe les éléments de telle ou telle partie du corps. Par suite d'un

accident ou d'une cause encore inconnue, vient-elle à s'égarer au milieu des cellules de l'embryon à une place qui n'est pas la sienne, elle donnera selon la place de l'inclusion une tumeur à tissu multiple, variable dans sa constitution, selon qu'elle proviendra de telle ou telle cellule nodale.

Houzel trouve que cette théorie fort séduisante ne nous donne aucun renseignement sur cette cellule nodale.

Cette théorie a été reprise par Roux et ses élèves qui ont expliqué que cette cellule nodale était une cellule blastomérique et ont donné ce nom à leur théorie après l'avoir basée sur l'expérimentation la plus indiscutable. Voici l'exposé fait par le docteur Chevassu : « L'hypothèse que Roux cherchait à vérifier était en somme analogue à celle de Bard ; il pensait que dans les premiers stades de la segmentation chaque cellule segmentaire avait sa destination définitive, était prédestinée à devenir telle ou telle portion du corps. Dès la première division de l'ovule, l'embryon était divisé en un hémiembryon droit et un hémiembryon gauche. Au stade blastula, à 16 cellules par exemple, chaque cellule de la blastula, c'est-à-dire chaque blastomère, était destinée à former 1/16 de l'individu, non pas 1/16 quelconque, mais 1/16 déterminé. »

Ces expériences furent reprises par Hertwig, Schultze et Morgan qui arrivèrent à des résultats différents.

Hertwig, en détruisant un des deux blastomères primitifs, au lieu de voir se former un hémiembryon, voit se former un embryon complet mais de dimensions moindres.

Schultze par la séparation mécanique des deux blastomères primitifs obtient un monstre double.

Morgan constate enfin que tantôt on a un hémiem-

bryon, comme dans les expériences de Hertwig, tantôt un embryon complet, comme dans l'expérience de Roux.

D'autres expériences furent faites par Driesch, Wilson qui arrivèrent aux mêmes conclusions.

A côté de ces expériences en contradiction avec l'expérience de Roux, nous avons celles confirmatives de Crampton.

Parmi toutes ces expériences contradictoires il est difficile de choisir, mais admettons dans la blastula une inclusion, un enclavement des blastomères primitifs ; ce blastomère, évoluant pour son propre compte, pourra donner inclus dans le corps de l'embryon un embryon plus petit ou un embryon incomplet, c'est-à-dire dans les deux cas un embryome.

Cette théorie qui fut développée par Bonnet, par Wilms, magistralement exposée par le docteur Chevassu, nous donne la clef de toutes les tumeurs congénitales.

Houzel généralise cette théorie et nous dit qu'elle comprend la théorie de Bard et même celle de Verneuil : que par suite d'un accident survenu à la mère, d'un trouble ayant faussé les premiers phénomènes de la vie embryonnaire, un ou plusieurs blastomères aient quitté la place qu'ils devaient occuper dans la formation du nouvel être, ils pourront disparaître, ou s'enclaver dans l'embryon où leur présence se révèlera un jour ou l'autre, par une tumeur dermoïde ou par un embryon plus ou moins complet, selon l'époque de la segmentation où le blastomère aura été séparé de la place qu'il devait normalement occuper sur la blastula.

S'il est possible d'admettre que les kystes dermoïdes du mésentère sont le résultat de l'enclavement d'une membrane épithéliale d'origine wolffienne, développée

d'une manière anormale, il est plus moderne d'admettre qu'il s'agit d'un cellule blastomérique égarée dans le mésentère; suivant la période de segmentation où elle se trouve, elle produit en se développant un embryon, des os rudimentaires, des dents, des tissus analogues à la peau, de la matière sébacée, des poils, etc.

CHAPITRE III

SYMPTOMES. — DIAGNOSTIC ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Symptômes. — La période de début passe absolument inaperçue, plus tard les kystes se manifestent par des douleurs et par la constatation d'une tumeur abdominale.

Douleur. — Lorsque les kystes dermoïdes ont atteint un certain volume leur présence se manifeste sous forme de gêne, de pesanteur dans tout l'abdomen ; quelquefois ce sont des phénomènes d'occlusion intestinale qui ouvrent la scène (cas d'Alexandre cité dans les observations).

Les douleurs viennent souvent par accès, sont influencées par les moindres mouvements ; elles s'accompagnent souvent de troubles digestifs qui paraissent alors jouer le principal rôle et qui retentissent presque toujours sur l'état général.

Le maximum d'intensité de ces douleurs est le plus souvent vers la région ombilicale.

Ces douleurs peuvent faire défaut et la tumeur se développer insidieusement.

Tumeur. — Cette tumeur siège dans la région ombilicale, près de la ligne médiane, le plus souvent à gauche, se manifeste sous forme de voussure. Elle se traduit souvent, surtout chez l'enfant, par un réseau veineux sous-cutané ; elle offre à la palpation parfois de la mobilité dans le sens latéral, presque jamais dans le sens vertical.

Cette grande mobilité qui était autrefois un signe pathognomonique des tumeurs du mésentère n'est signalée que dans peu d'observations. Sa surface est arrondie, sa consistance élastique ; on ne perçoit jamais de fluctuation.

Les résultats de la percussion sont variables : tantôt la matité est complète, mais le plus souvent il existe en avant de la tumeur une zone de sonorité due à la présence d'une anse d'intestin grêle. Cependant, lorsque la tumeur est trop volumineuse, elle presse les anses contre la paroi, et celles-ci vidées de leur gaz sont mates.

A l'auscultation on peut entendre des gargouillements produits dans l'anse intestinale située en avant de la tumeur.

En résumé, accidents douloureux avec troubles digestifs, présence d'une tumeur mobile dans la région ombilicale, matité non uniforme en avant de cette tumeur; tels sont les symptômes cardinaux des kystes dermoïdes du mésentère.

D'autres symptômes de moindre importance peuvent se manifester lorsque les kystes ont atteint un gros volume ; tels sont la circulation veineuse complémen-

taire, l'œdème des membres inférieurs, les phénomènes de dyspnée par refoulement du diaphragme.

Diagnostic. — Ces signes n'ont pas une valeur absolue, ce qui explique que le diagnostic de kyste dermoïde du mésentère n'ait été fait que rarement. C'est avec les kystes de l'ovaire, qui sont beaucoup plus fréquents, qu'on les a confondus le plus souvent.

Le diagnostic différentiel d'avec les kystes de l'ovaire se fera par la place de la tumeur qui est située plus bas dans les kystes de l'ovaire ; par la mobilité qui est moindre surtout dans le sens vertical ; par la matité qui est uniforme sur l'étendue de la tumeur et qui ne change pas sensiblement d'étendue et de siège avec les déplacements.

Les douleurs qui dans les kystes de l'ovaire sont parfois très violentes peuvent être réduites à une sensation de pesanteur. La malade présente le plus souvent des troubles de la menstruation consistant en dysménorrhée et irrégularité des règles qui peuvent disparaître pendant plusieurs mois.

Quelquefois l'accroissement de la tumeur est intermittent avec poussés correspondant aux époques menstruelles.

Le toucher nous donnera quelques renseignements, il nous montre l'utérus dévié du côté opposé au kyste et le col dévié dans le sens de la tumeur, cependant nous concevons très bien qu'un kyste du mésentère devenu intrapelvien puisse produire le même effet; le toucher rectal pourra dans quelques cas nous être utile.

Le toucher combiné au palper nous renseignera sur les rapports du kyste et de l'utérus.

Les kystes qui se seront développés dans les ligaments

larges seront difficiles à diagnostiquer des kystes du mésentère ; nous prévoyons d'ailleurs que certains kystes du ligament large pourront s'insinuer entre les 2 feuillets du mésentère et évoluer dans leur nouveau domicile.

Comme nous le voyons, ce diagnostic différentiel sera souvent impossible et il n'est pas rare qu'une tumeur du mésentère s'accompagne d'une tumeur analogue de l'ovaire comme dans l'observation de M. Houzel, que nous citerons en entier dans le cours de ce travail.

Un rein mobile peut parfois en imposer pour un kyste du mésentère, la mobilité du rein sera moindre et on ne pourra en général le faire passer de droite à gauche, la forme sera celle d'un rein, la tumeur plus résistante glissera sous le doigt.

On pourra les confondre avec un kyste rénal, hydronéphrose, mais alors nous aurons dans les antécédents du malade des coliques néphrétiques. Il n'y aura pas de mobilité, le malade accusera de fréquentes débâcles urinaires.

Un kyste du foie pourra être différencié du fait qu'il s'élève ou s'abaisse avec la respiration, sa matité se confond avec la matité hépatique, il est peu mobile.

Les kystes de la rate sont en général élevés, et on ne peut jamais les faire passer à droite.

Les tumeurs du pancréas sont parfois impossibles à différencier des kystes dermoïdes du mésentère.

Il est deux affections dont la localisation dans l'abdomen est impossible, et qui, par conséquent, sont impossible à différencier, ce sont : D'une part, l'abcès par congestion d'origine dorso-lombaire sans signes vertébraux très nets, ce diverticule d'un foyer osseux semble avoir la même origine en haut que le kyste mésentérique, en bas il pointe lui aussi vers l'épine iliaque.

L'examen approfondi de la colonne vertébrale, sa radiographie ou une ponction dans la fosse iliaque pourront seuls lever les doutes.

D'autre part, ce sont les tumeurs épiploïques, plaquées à la paroi, la masse épiploïque inflammée apparaît comme un tumeur dure, mal limitée, donnant un ventre de bois. L'erreur pourra être évitée si l'on constate une masse fixée à la paroi, et dont l'évolution est marquée par des symptômes douloureux très intenses et une réaction fébrile souvent considérable.

Le diagnostic de nature sera souvent impossible à faire, on pourra quelquefois les différencier des lipomes qui peuvent offrir une consistance moins dure et de la fluctuation. Les tumeurs malignes se diagnostiqueront par l'altération rapide de l'état général, nous savons cependant que par leur retentissement sur le tube digestif, les kystes dermoïdes peuvent produire des phénomènes de dénutrition.

En résumé, le siège du kyste au niveau de la région médiane fait éliminer les kystes de la rate, du foie, du rein. Leur position élevée fait éliminer les kystes de l'ovaire.

La nature de la tumeur restera dans la plupart des cas inconnue. Le plus souvent, d'après les observations qui suivent, le diagnostic de siège et de nature a été fait après la laparotomie.

Evolution et pronostic. — Les kystes dermoïdes du mésentère peuvent passer inaperçus pendant de longues années étant congénitaux, ce n'est que lorsqu'ils ont acquis un certain volume, souvent à l'occasion d'un traumatisme, d'une colique, que ces kystes, jusqu'alors latents, peuvent se révéler ; alors, ou bien ils continuent

à évoluer sans incommoder les sujets qui en sont porteurs, ou bien ce sont des douleurs qui, revenant par crises, déterminent le malade à se faire opérer.

Si les kystes dermoïdes du mésentère sont en général des tumeurs bénignes et bien supportées, surtout lorsqu'ils ne dépassent pas la grosseur d'un poing, leur opération peut devenir urgente dans les cas où, envahissant et comprimant l'intestin grêle, ils provoquent des signes d'occlusion intestinale. Quelquefois se sont des signes de péritonite, ou une courbe de température à grandes oscillations indiquant que le kyste est suppuré, qui décident le chirurgien à intervenir.

Leurs manifestations sont parfois moins brutale et consistent simplement en troubles digestifs, tels que dyspepsie, vomissements, constipation, diarrhée ou troubles vasculaires, œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave inférieure en troubles pulmonaires, qui retentissent rapidement sur l'état général et peuvent entraîner la mort par cachexie.

Heureusement, la chirurgie est venu modifier le pronostic toujours sombre des kystes dermoïdes du mésentères abandonnés à eux-mêmes. Dans le chapitre suivant, nous allons passer en revue les moyens qu'elle emploie pour arriver à son but.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Les divers traitements employés sont :

La ponction évacuatrice simple.

La ponction suivie de l'injection d'un liquide modificateur.

La marsupialisation après évacuation et résection d'une partie du kyste si c'est possible.

L'extirpation qui est le procédé de choix.

La ponction évacuatrice simple ou avec injection de liquide modificateur qui a pu autrefois donner quelques succès dans les kystes à contenu fluide n'est pas exempte de danger :

Augagneur, dans sa thèse d'agrégation, recommande l'emploi de la ponction, il nous dit d'ailleurs au chapitre du diagnostic : « Seule la ponction exploratrice permet de prendre une décision et il faudra toujours y

avoir recours, elle peut même donner la guérison. » Le procès de cette exploration aveugle n'est plus à faire.

Braquehaye ne conteste pas les succès de la ponction, mais il a constaté des récidives nombreuses, des cas de mort et les dangers qu'elle peut entraîner.

Lawson-Tait avoue que s'il avait ponctionné une de ses malades, comme il en avait l'intention, il l'aurait tuée, car juste au lieu d'élection pour la ponction il trouvait aussitôt après avoir ouvert le péritoine une anse d'intestin se portant en travers de son incision.

Lölhein fait remarquer que la tumeur est souvent encadrée de vaisseaux volumineux que l'on risque de perforer; on a donc à redouter une hémorragie, et la ponction peut laisser à sa suite des adhérences qui peuvent rendre une intervention ultérieure difficile.

Bégouin, dans son article de la *Revue de chirurgie*, 1898, dit: « L'insuccès de la ponction paraît devoir tenir à ce qu'elle a été employée indistinctement au traitement de toutes les variétés de kystes du mésentère ; dans les kystes chyleux et dans les kystes multiloculaires son échec est presque certain ; il est assuré dans les kystes dermoïdes.

Il rejette la pratique de Sp. Wells, de Lawson-Tait, du professeur Demons, qui font la ponction du kyste après la laparotomie: c'est, dit-il, compliquer une opération qui a l'avantage d'être simple. Il traite les dangers de la ponction aveugle comme dangers purement imaginaires si l'on emploie de fins trocarts.

Comme liquide modificateur on a injecté de la teinture d'iode (Michalsky), du sublimé (Hanot). Cette méthode nous paraît ajouter un danger de plus à la précédente, c'est celui de l'intoxication.

La marsupialisation par la réunion des bords du kyste

vidé avec un gros trocart après laparotomie aux lèvres de la plaie, empêche toute communication entre l'intérieur du kyste et la cavité abdominale.

Braquehaye dit que c'est la méthode qui donne les meilleurs résultats ; il a enregistré 93 p. 100 de guérisons. Si cette méthode a l'avantage d'éviter la péritonite, les lésions secondaires de l'intestin, elle expose à l'éventration plus que la laparotomie et a le grave inconvénient d'une guérison très lente, des suppurations durant parfois des années. Cas de Houzel : le trajet fistuleux existait deux ans après l'opération.

C'est l'extirpation qui est la méthode de choix. Elle consiste, après avoir ouvert la paroi abdominale et découvert le kyste, à inciser la paroi antérieure du mésentère, à la décortiquer en faisant glisser le doigt ou inciser aux ciseaux lorsque les adhérences sont trop fortes. On peut avant de passer à la face postérieure vider le kyste en prenant soin de ne laisser tomber aucun débri dans la cavité abdominale, on tâche alors d'isoler la face postérieure, dans cette région les adhérences sont parfois plus serrées que sur la face antérieure, les difficultés peuvent être plus grandes.

C'est là l'intervention de choix ; elle n'a donné que des succès. Il faut cependant envisager le cas où les adhérences, trop puissantes, empêcheraient cette décortication sans faire de grands dégâts dans le mésentère et même dans l'intestin.

La résection d'une anse a parfois été nécessaire ; d'autres fois ce sont de grandes résections du mésentère, et si souvent cette résection est inoffensive pour l'intestin, elle peut, dans des cas moins heureux, amener la nécrose de l'anse intestinale et entraîner la mort ; ce

sont ces cas qui ont donné l'idée des substitutions expérimentales du mésentère.

M. Lanz, après des expériences sur le chien, utilisa ce procédé sur une femme de 60 ans atteinte d'iléus et sur laquelle il découvrit un cancer du pylore en explorant l'abdomen ; il le réséqua, mais les adhérences qu'il présentait du côté du côlon transverse rendirent l'intervention laborieuse ; il fallut enlever de 6 à 8 centimètres de mésocôlon, l'artère colique moyenne fut ainsi coupée. Pour prévenir la nécrose on sutura le grand épiploon à la surface du côlon. La convalescence se fit sans fièvre et sans complications (*Nederl. Tydschr. voor Geneesk.*, 16 nov. 1907).

Ces procédés de substitution, comme on peut le penser, rendent la technique opératoire plus délicate, le schock opératoire plus grand, et lorsque le kyste n'aura pas de limites précises, qu'il sera entouré de peu de tissu cellulaire lâche, qu'il aura des adhérences intimes avec le mésentère ou l'intestin, c'est-à-dire lorsque l'extirpation serait trop dangereuse pour le malade, c'est à la marsupialisation qui n'est, comme on le voit, qu'un pis aller, qu'il faudra s'adresser.

OBSERVATIONS

Observation I

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Soubeyran.)

Kyste dermoïde du mésentère. — Ablation totale de la poche. — Guérison.

Le 3 novembre 1911 je fus amené à voir une femme célibataire, âgée de 41 ans, qui présentait tous les signes d'une péritonite de moyenne intensité mais avec fortes douleurs irradiées à tout l'abdomen. La crise datait de la veille, mais un an auparavant une crise analogue, mais moins forte, bien que très douloureuse, avait persisté pendant 2 jours et à ce moment-là on s'aperçut qu'il existait une tumeur abdominale à côté de l'ombilic.

L'examen de la malade montrait l'existence d'un ballonnement abdominal de moyen volume, la constipation était absolue depuis la veille, le pouls 96. T. 38°; quelques vomissements muqueux dans la matinée; la langue était encore humide et le facies assez bien conservé. A gauche de l'ombilic et un peu au-dessous de

lui on sentait une tumeur arrondie bombant sous la paroi, de volume incertain à cause de la distension abdominale, paraissant plus grosse qu'un poing d'adulte, rénitente, et dont le contenu semblait liquide ; elle est douloureuse à la pression et immobile, par adhérences inflammatoires comme nous le verrons. Rien au toucher vaginal. On émet l'hypothèse du kyste de l'ovaire à long pédicule avec phénomes inflammatoires ou torsion du pédicule.

L'intervention fut décidée pour le jour même (3 novembre) à midi ; anesthésie à l'éther goutte à goutte. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; les anses intestinales sont dilatées et vascularisées, il existe un exsudat péritonéal louche, mais peu abondant. Protection de la cavité péritonéale et découverte facile de la tumeur qui est située à côté de la ligne médiane au-dessous et à gauche de l'ombilic et est mobile dans le sens latéral mais non verticalement.

Cette tumeur kystique qui n'est pas très volumineuse (un peu plus qu'un gros poing d'adulte) ne peut être extériorisée car elle ne possède pas de pédicule, on agrandit l'incision sur le côté gauche de l'ombilic. Elle est située dans le mésentère par dédoublement des feuillets et à très peu de distance (1 centimètre environ) du bord mésentérique d'une anse du grêle.

Ce kyste est recouvert par l'épiploon plaqué et adhérent à la surface. Cet épiploon est enflammé, grisâtre, avec quelques adhérences à la paroi abdominale et une petite formation kystique du volume d'une cerise à liquide clair, à son extrémité. La paroi du kyste est épaisse et dure, le péritoine adhère fortement à la paroi propre de la tumeur que l'on amène entre les lèvres de l'incision, puis on

referme la partie inférieure de l'incision pariétale pour contenir les anses.

L'épiploon est libéré facilement sans ligature, on incise le kyste au bistouri, il coule une matière sébacée jaunâtre, demi-solide, on la reçoit dans des compresses avec soin ; sur la tranche de l'incision de la tumeur, on retourne la paroi propre ; on l'isole du péritoine, elle se clive parfaitement et on l'enlève en bloc et en totalité, à l'aide de pinces à forcipressure ; elle est dure, épaisse de plusieurs millimètres et comme parcheminée avec une face interne semée de petits sillons.

Le péritoine est très épaissi et induré au niveau du kyste ; on en résèque une partie et on le suture, aucune hémostase ne fut nécessaire. Suture de la paroi.

Suites opératoires :

Le soir même, T. 36°5. Pouls, 80. Excellent état général.

Le 5, T. 37°-37°1. Pouls, 65.

Le 6, selle.

Ablation des fils au 8e jour. Réunion per primam. Sortie le 21e jour.

Remarques. — Il s'agit donc d'un kyste dermoïde du mésentère paramédian, immobilisé par les adhérences épiploïques ayant déterminé une poussée de péritonite avec épiploïte.

La résection totale de la poche fut possible et donna dans ce cas une très rapide guérison.

Examen, fait par M. Peyron, prosecteur à la Faculté de Montpellier. — Masse du volume d'un gros poing constituée par une paroi dure et fibreuse, qui circonscrit une cavité régulièrement sphérique, remplie d'une substance d'aspect granuleux. L'épaisseur de la paroi est très inégale, variant de 2 à 6 millimètres ; toutefois,

les coupes pratiquées en trois points différents montrent une structure sensiblement identique : il s'agit d'un tissu conjonctif adulte présentant des zones de dégénérescence hyaline, à la face interne de la paroi kystique ; il n'offre

Fig. 1. — Kyste du mésentère (Soubeyran).

en aucun point l'aspect d'un tissu inflammatoire en voie d'organisation ; toutefois, quelques amas lymphocytiques et plasmazellaires sont irrégulièrement disséminés

dans son épaisseur ; les formes de transition entre la plasmazelle et les fibroblastes sont rares.

Sur la paroi interne, on aperçoit en de nombreux

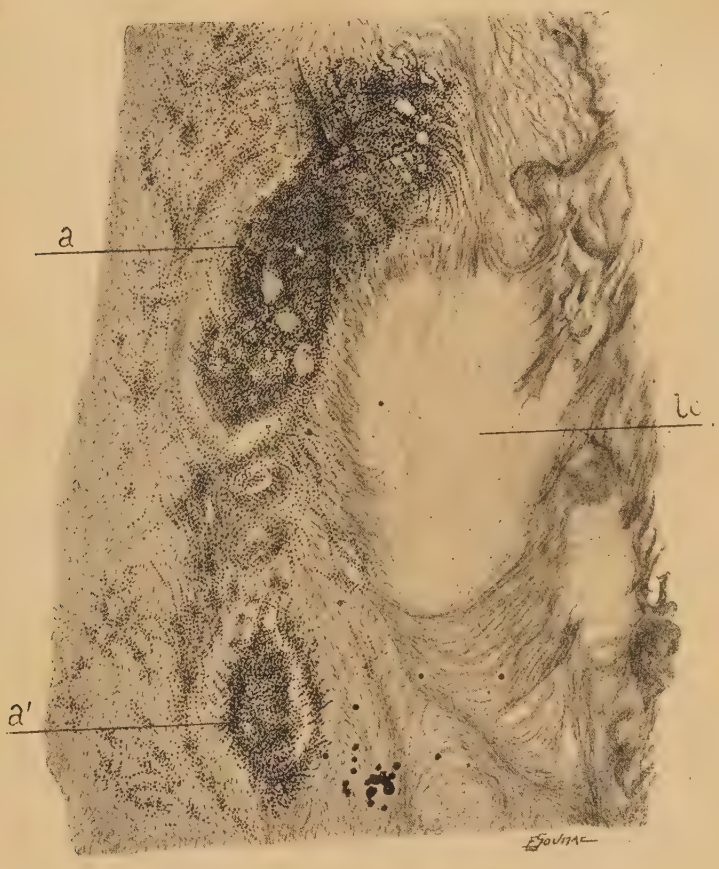

Fig. 2. — Kyste du mésentère, coupe de la paroi (Peyron).

tc, tissu conjonctif en dégénérescence hyaline ;
a, îlots lymphocytiques et plasmazellaires ; *a'* îlots lymphocytiques et plasmazellaires.

points, à l'intérieur des faisceaux conjonctifs à disposition spiralée, des amas d'une substance homogène, ou finement granuleuse.

Cette substance, dont l'origine dégénérative n'est pas douteuse, se collecte en amas plus volumineux, qui paraissent être le point de départ du contenu granuleux de la cavité kystique.

En aucun point nous n'avons décelé des îlots de tissu lymphoïde ou des vestiges de formation épithélio-glandulaire ; d'autre part, il n'existe pas de traces d'un revêtement épithélial ou endothélial de la cavité kystique.

Observation II

(Fraenkel. — *Wiener Medizinische Wochenschrift,* 1883.)

Kyste dermoïde de l'ovaire droit. — Végétations de la même espèce dans le mésentère.

Femme âgée de 41 ans, qui entre le 20 mai 1881, pour une tumeur du bas-ventre qu'elle avait elle-même remarquée depuis quinze ans.

Opération le 21 mai. Pendant l'opération on remarque qu'on avait affaire à un kyste dermoïde de l'ovaire droit et à des végétations dermoïdes de la même espèce dans le mésentère. L'opération fut très laborieuse à cause des adhérences étendues du kyste avec son entourage, notamment le gros intestin et l'appendice vermiculaire. Pendant qu'on essayait de détacher les adhérences avec l'intestin, celui-ci se déchira. Aussitôt on effectua l'entérorraphie.

Le lendemain de l'opération qui avait très bien réussi et sans réaction, des douleurs violentes éclatèrent soudaine-

ment dans le bas-ventre : fière, collapsus, et le malade mourut le 23 mai, avec les signes d'une péritonite aiguë.

Autopsie faite par M. l'assistant Kolisko : Péritonite purulente avec à peu près demi-litre d'exsudat et petite quantité de gaz dans la cavité abdominale ; après l'extirpation d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit, lésion du cæcum qui était réuni au kyste par des adhérences, suture de 5 centimètres réunissant la blessure du cæcum. Par le relâchement d'une de ces sutures, il y avait dans l'intestin une fente grosse comme un grain de chanvre, mais qui cependant est obstruée par de légères soudures du cæcum avec un lacet de l'iléon. De nombreux kystes dermoïdes à contenu mélicérique, allant de la grosseur d'un grain de chanvre à celle d'une noisette, se montrent sur le péritoine du petit bassin et l'enveloppe péritonéale de l'iléon, du cæcum et du côlon. Dans la cavité de Douglas, d'autres kystes dermoïdes athéromateux de la grosseur d'une noisette.

A la surface supérieure de l'ovaire gauche se trouve une production de la grosseur d'une fève, qui est recouverte par le péritoine et se laisse facilement détacher de l'ovaire. Elle a une paroi très fine et après une incision une sorte de bouillie brun jaunâtre comme du miel se laisse extraire. Une tumeur semblable de la grosseur d'une noisette se trouve au feuillet postérieur du ligament large de gauche : 4 à 5 de la grosseur d'un pois à un haricot au feuillet antérieur du ligament large, une grosse comme une noisette dans la cavité de Douglas, et entre ces plus grosses s'en trouvent de nombreuses petites, variant des dimensions d'un grain de mil à celle d'une noisette, qui sont fixées tantôt par une base large, tantôt par de longs et fins pédicules sur le péritoine. Des tumeurs semblables, le plus souvent pédiculées et grosses

comme des grains de chanvre, se voient en plus grand nombre sur l'enveloppe péritonéale du rectum, de l'iliaque, du côlon ascendant, descendant, du cæcum et de la partie inférieure de l'iléon.

Observation III

(Andral. — Précis d'anatomie pathologique, 1829.)

Kyste du mésentère chez une négresse.

Chez une négresse qui portait dans le mésentère un kyste à paroi cartilagineuse remplie d'une matière sébacée au milieu de laquelle existaient des poils nombreux, ces poils différaient totalement de la chevelure lanugineuse et noire de cette femme. Ils étaient lisses, doux au toucher, blonds ou roux, quelques-uns argentés comme ceux d'un enfant de la race blonde.

Par cette observation, nous voyons qu'on peut trouver dans un kyste des cheveux de couleur différente de ceux du sujet. On peut trouver dans le même kyste des cheveux de couleur différente.

Observation IV

(Winship, cité par Lebert. — *Mem. of the Medical Society of London*, 1789.)

Kyste hydatique dans le péritoine ; kystes dermoïdes entre l'utérus et la vessie et entre l'utérus et le rectum, et dans le mésentère.

Observation V

(Schutzer, cité par Lebert. — *Abh. der Schwed. Akad.* Bd. 20, s. 177 ff.)

A trouvé chez une jeune fille de 15 ans une tumeur du volume d'une tête d'enfant située dans le mésentère dans la région des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires, et renfermant deux dents incisives, deux canines et huit molaires, et en outre deux autres incisives dans un os ressemblant à un maxillaire. De plus, plusieurs os qui avaient quelque ressemblance avec ceux d'un squelette et beaucoup de poils libres.

Observation VI

(*Gazette Médicale*, 1836, observ. du docteur Roux de Brignoles.)

A rapport à une femme qui a eu plusieurs enfants et chez laquelle on trouve à l'autopsie une tumeur située au-dessous de la grande courbure de l'estomac fixée par des adhérences à l'intestin grêle ; ce kyste avait 14 pouces de diamètre. Il s'étendait jusque dans la région de la vessie, de laquelle il était séparé par un autre kyste piriforme. Le grand kyste est bosselé, les bosselures correspondent à des loges séparées, dont l'une contient un peloton de cheveux longs et un fragment d'os avec quatre dents. Petit kyste dans les lames du mésentère.

Observation VII

(Dickinson. — *Transact. of the path. Soc. of London*, 1870-1871.)

Enfant de 2 ans, qui présentait dans la partie gauche de l'abdomen une tumeur énorme, globuleuse, remplissant le flanc. Cette masse était mate à la percussion, sauf en deux endroits où l'on perçoit des bandes de sonorité dues à la présence d'anses grêles passant en écharpe. A l'autopsie, Dickinson constata qu'il s'agissait d'une tumeur mésentérique dure, rigide, masquant à gauche la rate et le rein, adhérant au côlon transverse et au grêle. Elle siégeait surtout à la racine du mésentère, empiétant peu à droite, mais ayant complètement dissocié les lames du méso. Son grand diamètre était transversal, elle pesait plus de 2 livres, se composait de noyaux cartilagineux et osseux développés au milieu d'une masse conjonctive : celle-ci renfermait également du tissu adipeux des kystes à parois tapissées à épithéliums cylindriques, à cils vibratiles.

Observation VIII

(Lœwenmeyer. — Soc. berlinoise de méd., 25 janvier 1888.)

Il s'agit d'un jeune homme arrivé mourant dans le service. A l'autopsie, nous avons trouvé un kyste dermoïde du mésentère. M. Virchow a examiné ce kyste. Il

était constitué par des plaques cartilagineuses et des cavités à contours muqueux revêtues d'un épithélium à cils vibratiles. Il ne contenait pas de dent.

Observation IX

(Kuster. — Ein chirurg. Trienn, Berlin, 1876.)

A. M..., demoiselle de magasin, entrée le 29 janvier 1877, prétend n'avoir eu d'autre maladie que celles babituelles à l'enfance. Cependant depuis son enfance elle a conservé une certaine faiblesse des reins et de la jambe gauche, qui devient traînante, surtout par la fatigue. Elle n'accuse d'ailleurs aucune douleur dans cette jambe.

Les règles apparurent pour la première fois dans sa quatorzième année et sont régulières.

Le 4 janvier 1877, la malade remarquait, juste en même temps qu'apparaissaient ses règles, une grosseur dans le ventre, dure, profonde, au-dessous de l'ombilic. Cette même grosseur n'a pas changé sensiblement depuis ; elle n'est pas seulement douloureuse par la pression, mais elle l'est spontanément, principalement quand le ventre se tend. A ce point que la malade est réduite à garder le lit et demande à cors et à cris de n'être pas bougée pour ne pas perdre sa position. La grosseur fait une proéminence sensible au-dessous du nombril ; elle est comprimée, mais n'est pas située dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Elle est mobile, surtout de bas en haut et de haut en bas ; de la grosseur d'une tête d'enfant, ronde, elle présente une fluctuation sensible et est

en même temps douloureuse. La paroi abdominale n'a pas changé d'aspect au niveau de la tumeur. On ne sent pas la colonne vertébrale.

L'examen du vagin et de l'utérus ne donne aucune solution.

Le 27 janvier, avant son admission, il fut fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. Il en sortit un liquide ressemblant à du lait.

Le 3 février, la tumeur fut de nouveau ponctionnée; il en sortit plus d'un verre de liquide d'apparence douteuse ; après quoi, la tumeur s'évanouit entièrement.

Le liquide aspiré était, au passage, blanc comme du lait, opaque, d'une faible odeur, rappelant celle du lait de noix de coco.

La réaction chimique est neutre; le liquide se caille par la cuisson et par l'addition de l'acide nitrique sans s'éclaircir. L'examen donne : albumine 7,34 °/₀ ; graisse 5,94 °/₀.

L'examen microscopique montre une masse énorme de gouttelettes de graisse. A côté, on découvrit seulement, clairsemées dans une zone graisseuse, des cellules épithéliales et çà et là un corpuscule blanc de sang.

Après cette découverte, il ne pouvait s'agir que d'un kyste. Mais quel en était le siège ?

La ponction de la tumeur parlait contre un kyste de l'ovaire.

Le liquide aspiré se rassemblait de nouveau. La tumeur devint aussi douloureuse qu'avant. La patiente réclamait une prompte solution.

10 février 1877. Laparotomie. Après incision de la paroi abdominale, sur la ligne médiane en dessous de l'ombilic, il se présente une tumeur en forme de boule, qui semble comprise entre les deux feuillets du mésentère.

L'intestin grêle était refoulé de côté, et entouré d'une sorte de couenne épaissie cicatricielle. En outre de cela, la tumeur était recouverte par l'épiploon qui adhérait. Malgré ces ennuis, je résolus l'extirpation. L'épiploon ne se laissant pas détacher, je l'incisai de haut en bas. Il se présente alors un sac blanchâtre, entouré d'une couenne épaisse. Le sac, avec l'intestin y attenant, fut attiré dans la plaie abdominale et ouvert. Alors commença une pénible et difficile opération, pendant laquelle plusieurs anses intestinales, sur une grande étendue, durent être détachées par des incisions prudentes, afin de les libérer. Le sac touchait presque à la colonne vertébrale. Après un travail de plus d'une heure, la tumeur put être enfin éloignée. L'opération semblait réussie.

Après avoir renouvelé la désinfection du lieu de l'opération, l'intestin, libre du mésentère, fut reposé ; la blessure du ventre refermée et pansée antiseptiquement. Déjà le soir apparaissent des symptômes de péritonite septique. La malade décline rapidement et meurt le 11 février, 18 heures après l'intervention.

L'autopsie montra l'existence d'une ouverture d'une anse grêle, qui avait été méconnue. Peut-être, avec plus d'attention de ma part, la malade aurait été sauvée. Le sac extirpé avait une paroi couenneuse, épaisse d'à peu près un centimètre, et une surface intérieure lisse, de même dimension. L'examen microscopique, malheureusement trop rapide, ne donna pas le temps de juger ce cas, si intéressant et si rare.

Le sac fibreux était, à l'intérieur, tapissé d'un épithélium pavimenteux. Il n'y avait pas de poils.

Observation X

(Cas de Hosnier. — *Boston medical and surgical Journal*, VCII, n° 3, p. 61.)

Fille de 8 mois. Tératome du côté droit de la base du mésentère. L'origine est manifestement rétro-péritonéale. Kystes variés, dermoïdes avec poils, mucoïdes à épithélium cylindrique et vibratile ; parties solides : graisse, os, cartilage, tissu nerveux et musculaire.

Observation XI

(Cas d'Eppinger.)

L'observation d'Eppinger est identique au cas de Kuster ; mais ce fut une trouvaille d'autopsie. Elle est citée par Collet dans sa thèse de Paris, 1884.

Observation XII

(Cas de Spencer Wells.)

Jeune fille de 19 ans. Tumeur qui s'étend du foie à quatre pouces au-dessous de l'ombilic. Elle est mate, rénittente, mobile. Laparotomie médiane ; puis incision du

kyste qui donne issue à une substance jaunâtre, qui renferme des cheveux fins. On marsupialise. Il y avait six livres de cette substance sébacée. Au début il y a de la fièvre, mais tout s'amende et la guérison survient. Un peu plus tard, la plaie s'ouvre de nouveau pour donner issue à une petite quantité de matière grasse, et la guérison définitive arrive.

Observation XIII

(Cas de Bantosh.)

Cette observation, citée par Braquehaye, a paru dans un travail de James Goggant (*Southern surgical and gynecolog. Association*, nov. 1891).

Observation XIV

(Trombetta. — *Bulletin médical*, 1888, p. 459.)

Voici les seuls ronseignements que j'aie pu trouver sur le cas de Trombetta cité par Houzel.

C'est un cas de kyste du mésentère gros comme une orange et que Trombetta croit unique dans son genre. La tumeur est mobile. Symptômes d'occlusion intestinale. Le malade mourut sans avoir été opéré. On trouva un kyste sur un long pédicule du mésentère à 20 ou 30 cm. de la valvule iléo-cæcale.

Observation XV

(Société anat., 1831.)

Citations de Cruveilhier, déclarant à la Société anatomique que Dupuytren a vu un kyste dermoïde du mésentère.

Observation XVI

Cas de Kœnig. — Ce cas a été cité par Braquehaye, Traité de chirurgie spéciale, t. II. Je n'ai pu trouver de renseignements.

Observation XVII

(Société anatomique, 1848.)

Kyste du mésentère.

Barthe montre une tumeur trouvée dans le mésentère d'une vieille femme n'offrant aucune trace de tuberculose pulmonaire. La tumeur est formée par une membrane fibreuse résistante contenant une matière blanche caséeuse, semi-liquide, semblable à celle que l'on obtien-

drait en broyant de la matière crayeuse dans une petite quantité de liquide.

L'examen histologique manque.

Observation XVIII

(Chirur. Triem, 1876-78. Berlin, 1882.)

Kyste du mésentère. — Laparotomie. — Lésion de l'intestin. Mort de péritonite.

L'autopsie montre l'existence d'une ouverture dans une anse d'intestin qui était resté inconnue à la laparotomie. Le sac extirpé avait une paroi couenneuse épaissie d'à peu près un centimètre et une surface intérieure lisse de même dimension. A l'examen microscopique on reconnut que le sac fibreux était tapissé d'un épithélium pavimenteux. On ne trouve pas de poils.

Observation XIX et XX

Millard et Tillaux. — *Bulletin Acad. méd.*, 1880.)

Kyste du mésentère chez l'homme.— Ablation par la gastrotomie.— Guérison.

La nature de ce kyste n'est pas bien connue, on retira du kyste un liquide épais et crémeux, d'un blanc laiteux, ce qui peut faire penser à la nature dermoïde de cette tumeur. Quoiqu'à l'examen histologique on n'ait trouvé aucune trace de revêtement épithélial, nous savons que cet épithélium manquait dans les cas de M. Soubeyran

et dans celui de M. Souligoux ; les cas de ce genre ne sont d'ailleurs pas rare et nous en trouvons une autre observation tirée des Archives de gynécologie de Berlin, 1880, due à Werth dont l'observation suit :

Le contenu du kyste était une bouillie ressemblant à de la craie dans laquelle se formèrent quand le fluide se fut caillé en peu de temps de gros grumeaux d'une bouillie analogue à du mortier : de semblables grumeaux mais plus petits avaient été évacués au moment de l'opération.

L'examen microscopique ne donna aucun élément figuré.

Observation XXI

(Cas de Lemichez)

Femme de 53 ans. Volumineuse tumeur abdominale, lisse, dure, presque immobile. Il y a de la sonorité au devant d'elle. La malade a des alternatives de diarrhée et de constipation, un aspect cachectique, de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Laparotomie, le 6 novembre 1895, par M. Duret. L'épiploon adhérent est réséqué ; anses intestinales et paroi forment un ensemble inextricable. On essaie de décortiquer la tumeur après avoir fait une ponction. On ne réussit qu'à faire couler un peu de pus dans le péritoine. Enfin, on ouvre largement le kyste, on le vide de son contenu, qui est de la matière sébacée et du pus. On curette même la surface interne. Puis on fait un lavage général de la cavité abdominale et on défonce le cul-de-sac postérieur

pour drainer. Enfin, on marsupialise, en bourrant avec de la gaze iodoformée. Mort le troisième jour. Une des anses intestinales détachée du kyste s'était perforée et son contenu s'était épanché dans le péritoine.

Observation XXII

(Cas de MM. Marie, Berthier, Milian. — Société anat., 1899, p. 267.)

Une femme de 56 ans était entrée dans le service de M. Audhoui, à l'Hôtel-Dieu, le 1er mars 1898. Elle présentait de l'anasarque en rapport avec une albuminurie assez abondante.

Le lait, les diurétiques, le repos firent disparaître tout œdème en trois semaines. Dès lors la malade reprit son appétit, ne se plaignit plus d'aucun trouble et se leva. Deux mois après apparurent trois ou quatre ganglions sous-maxillaires, bien isolés, durs, roulant sous le doigt. En trois semaines ils acquirent le volume d'un œuf.

C'est alors qu'on découvrit dans l'abdomen une grosse masse du volume d'une tête de fœtus, indépendante de l'utérus, mobile et paraissant appartenir à l'ovaire droit. Interrogée à ce sujet, la malade, assez peu intelligente, ne put fournir que de très vagues renseignements. Elle déclara qu'elle avait le ventre gros depuis une trentaine d'années, mais qu'elle n'y avait jamais senti de tumeur, qu'elle n'avait jamais souffert du ventre et qu'elle n'avait jamais été malade. Nullipare, elle fut toujours mal réglée. Comme les ganglions sus-claviculaires augmentent aussi de volume à leur tour, on pense à la possibilité d'une tumeur maligne de

l'ovaire avec propagation ganglionnaire. Les chirurgiens plus avisés ne voient aucune corrélation entre les deux choses.

La malade meurt, en septembre, d'une affection intercurrente.

L'autopsie révèle les faits suivants : Les ganglions sous-maxillaires sont des ganglions tuberculeux caséifiés.

La tumeur abdominale forme une masse arrondie du volume de la tête, situé dans l'épaisseur du mésentère entre les deux feuillets de celui-ci. Elle est absolument mobile, sans aucune adhérence. Elle ne produit aucune compression.

La face postérieure contracte quelques adhérences assez larges mais peu solides et à peine musculaires avec la paroi abdominale postérieure au niveau du tissu cellulaire sous-péritonéal. Il n'y a pas d'ascite.

La tumeur facilement extirpée est arrondie. Elle pèse 1 kilogr. 550. Solide dans les 2/3 de sa masse, elle est fluctuante dans le tiers résistant. La partie fluctuante incisée donne issue à une bouillie analogue à de la boue grise. Il y existe aussi de l'huile qui surnage, quand on met la tumeur dans l'eau. Au milieu de ce magma, on trouve une touffe de poils enroulés, analogues à de l'étoupe et du volume d'un gros œuf de poule. Il n'existe pas d'autres débris épidermiques ni de dents. La paroi, à ce niveau, mesure un centimètre d'épaisseur. La partie solide est formée de stratifications de différentes consistances. La plupart de ces stratifications sont analogues à du cartilage hyalin ; elles en ont la blancheur et l'opalescence.

L'examen histologique montre que ces stratifications sont formées de fibres conjonctives en dégénérescence

hyaline. Il n'y a pas la moindre cellule cartilagineuse. Par place, existent des dépôts qui fixent l'hématoxyline d'une manière intense et sur la nature exacte desquels il est difficile de donner un avis formel. Cette paroi est très pauvre en cellules. On voit, par endroits, quelques agglomérats de cellules conjonctives. On n'y voit pas de vaisseaux. La couche d'épithélium pavimenteux habituelle des kystes dermoïdes n'existe pas ici ; elle est vraisemblablement desquamée dans la cavité hystique.

Observation XXIII

(Alexandre. — Soc. anat., 1901, p. 292.)

Ce kyste a été enlevé d'urgence par M. Schwartz à une malade atteinte de phénomènes aigus abdominaux. Le kyste était peu adhérent aux anses intestinales. En arrière, pour le libérer, il fallut sectionner son pédicule formé de feuillets qui se décollèrent de la surface du kyste sans nécessiter de section, le pédicule était mince, saignait peu et s'insérait en avant de l'aorte sur le côté gauche du mésentère. Les accidents, ainsi que la couleur blanc-grisâtre du kyste, nous font penser qu'il s'agissait de torsion du pédicule de la tumeur.

Ce kyste était absolument indépendant des organes génitaux. Les annexes gauches étaient normales. A droite, existait un kyste dermoïde, du volume du poing, qui fut enlevé facilement.

Observation XXIV

(Schmid. — *Bull. et Mém. Soc. chir.*, 1910.)

Mme V..., couturière, nous est adressée pour une tumeur abdominale, à la fin de janvier 1909.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement pendant trois jours, sans douleurs ; ses règles ont cessé il y a quelques mois.

Mariée à 29 ans, a fait deux fausses couches de quatre mois environ dans les trois premières années de son mariage. Elles n'ont pas eu de suites ; pas d'autre grossesse.

Toujours bien portante jusqu'à quarante-deux ans, la malade a commencé à ressentir à ce moment quelques douleurs de ventre assez vagues, mais qui la déterminent à consulter un médecin. On traite alors son soi-disant fibrome par l'électricité, et ce traitement détermine une péritonite sérieuse qui la tient deux mois au lit.

Elle se remet progressivement et conserve ses douleurs qui gênent son travail.

A cinquante ans, elle souffre de ballonnements du ventre et de difficultés de digestion ; à cinquante et un ans, une crise de douleurs aiguës accompagnées de vomissements la force à garder le lit pendant une dizaine de jours. Depuis ce moment-là, l'année dernière, son ventre augmente beaucoup de volume, elle souffre presque constamment et est obligée de renoncer progressivement à son travail.

A l'*examen* nous constatons un abdomen très distendu

jusqu'au creux épigastrique, uniformément élastique, mat au milieu, sonore au niveau du creux épigastrique et des flancs, avec sensation de flots. Au toucher, le col est petit, conique ; l'utérus est abaissé par une tumeur abdominale qu'on sent élastique dans le cul-de-sac antérieur et dure dans le cul-de-sac gauche. Nous pensons à un kyste de l'ovaire.

L'état général est mauvais ; il existe de la bronchite généralisée et de la congestion hypostatique des deux bases. La dyspnée et la toux sont assez intenses. Le cœur est mou et bat à 100. Il existe de l'œdème malléolaire. Traces d'albumine dans l'urine.

La malade nous semblait hors d'état de supporter une intervention, nous lui prescrivons un traitement médical approprié, jusqu'en mars, où elle nous sembla suffisamment améliorée.

Le 20 mars, laparotomie.

Un kyste volumineux se présente, il est ponctionné et vidé. Il adhère largement à l'épiploon par son pôle supérieur. En cherchant à l'extérioriser par en bas, on constate qu'il n'y a pas de pédicule ovarique, et on peut facilement l'amener au dehors.

Nombreuses ligatures sur l'épiploon qu'on libère et relève. Le kyste est fixé par sa partie postéro-supérieure au feuillet du mésentère sur une surface grande comme une petite paume de main.

Cette adhérence est dure, fibreuse et paraît constituée par le feuillet du mésentère fortement épaissi dans l'angle de l'iléon et du côlon ascendant.

On sectionne cette adhérence et on enlève le kyste.

On constate alors que de cette même partie mésentérique indurée part une grappe kystique, grosse comme trois poings, qui remonte entre le côlon et l'intestin grêle

qu'on refoule à gauche, et qui adhère à la face inférieure de l'épiploon.

Plusieurs ligatures sur celui-ci qu'on sectionne, on continue la libération de la grappe qui a quelques adhérences lâches avec le côlon et une base d'implantation large de 4 centim. environ, dure et fibreuse comme celle du grand kyste.

L'appendice gros, épaissi est réséqué. Examinant le bassin, on constate une tumeur de l'ovaire gauche, de la grosseur de trois poings environ, de consistance inégale, pédiculée. On sectionne le pédicule au-dessous d'un clamp.

L'ovaire droit, comme un petit œuf, est irrégulier, bosselé, dur, avec des points crétacés jaunes. Une tumeur semblable d'aspect est suspendue à la face postérieure de l'utérus par un pédicule court et épais. On termine par une hystérectomie sus-vaginale. Suture de la paroi en trois plans. Drain dans le Douglas pendant quarante-huit heures.

Les suites ont été extrêmement simples : la température a oscillé autour de 37° ; le pouls, qui était aux environs de 100 avant l'opération, est rapidement revenu à la normale.

Ses fils ont été enlevés le 7e jour. La malade s'est levée le 18e jour et a quitté la clinique le 25e jour.

Nous l'avons revue à la fin juin en parfaite santé.

Examen des pièces. — Le grand kyste a une paroi épaisse d'un demi-centimètre.

La surface externe est lisse. La surface interne a de nombreux dépôts de fibrine : sur un point de cette surface interne s'insère une grappe d'une dizaine de vésicules à parois très épaissies, flétries, contenant un liquide séreux.

Il contenait sept litres d'un liquide brun-noir, mélangé de grumeaux de fibrine.

La grappe kystique sus-jacente au grand kyste mesure 12 × 15 × 10 centimètres, elle est constituée par une vingtaine de vésicules variées, les plus grosses comme un petit œuf, les plus petites comme des poires.

Le grand kyste et la grappe kystique sont enveloppés par une masse commune dure, fibreuse. Lorsqu'on sectionne celle-ci, on voit qu'elle est constituée par un tissu très résistant, contenant des parties cartilagineuses et ossuses. Au centre, on trouve une cavité comme une noix, remplie d'un magma jaune, épais. Le mésentère vient s'insérer à la périphérie de cette masse commune.

Les cloisons qui séparent les kystes de la grappe ont, à leur base, l'aspect cartilagineux.

La tumeur de l'ovaire gauche mesure environ 15 × 12 × 12 centimètres et pèse environ 1300 grammes.

La surface est irrégulière, de consistance inégale, solide et kystique, de couleur ardoisée.

A la coupe, elle est constituée par une série de cavités kystiques séparées par des cloisons d'aspect cartilagineux et par de nombreuses masses osseuses. L'ovaire droit offre le même aspect, avec la différence que les kystes sont très petits et les parties osseuses moins importantes.

La tumeur appendue à l'utérus ne contient pas de kystes, elle est fibreuse et contient des parties crétacées. L'utérus est petit, d'aspect sénile.

Examen histologique (dû à l'obligeance de notre collègue Boisseau) :

1° Tumeur du mésentère.

Les parois des kystes présentent une structure très variable suivant les points considérés. Elles présentent toutes sur leurs deux faces (externe et interne) un épithélium constitué par une rangée de cellules, ici cylindriques, ailleurs aplaties. Elles sont constituées par du tissu conjonctif jeune (nombreuses cellules, très rares fibres) au sein duquel on voit par endroits du tissu cartilagineux et du tissu osseux. La matière jaunâtre contenue dans la petite masse osseuse centrale sur laquelle s'insinuent les kystes présente la constitution osseuse de la moelle osseuse.

2° Tumeur de l'ovaire gauche.

Les parties solides de la tumeur sont constituées par un tissu fibro-conjonctif passant par places au tissu cartilagineux et au tissu osseux. Les cavités kystiques sont tapissées d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles, tantôt d'un épithélium cylindrique ou cubique généralement à une seule assise, avec cellules caliciformes.

Observation XXV

(Jessof [de Leeds]. — Publiée par Mognihan, *The medical Chronicle*, septembre 1902.)

Il s'agit d'une fillette de 6 ans, admise pour des phénomènes d'obstruction incomplète de l'intestin et qui, antérieurement à cette dernière crise, en avait eu environ une quinzaine. La palpation de l'abdomen permettait de sentir, presque sur la ligne médiane, une tumeur trilobée. Cette tumeur était mate à la percussion, mais,

à deux reprises, on constata, au niveau de la zone de matité, une bande sonore, transversale, croisant la ligne médiane. La mobilité était parfaite dans toutes les directions.

La laparotomie montre qu'il s'agissait d'un kyste multilobulaire contenant un liquide clair. Résection du segment adjacent de l'intestin avec son mésentère et réunion des deux bouts avec des tubes de Paul. Guérison.

Observation XXVI

(Federmann [Berlin]. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1908.)

Un cas opéré et guéri de kyste dermoïde du mésentère.

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme de 25 ans, qui présentait des crises de douleurs abdominales extrêmement intenses. A l'examen, on constatait au-dessous des fausses côtes gauches l'existence d'une tumeur ronde, lisse, de consistance élastique, présentant le volume d'un citron. On diagnostiqua une tumeur de l'épiploon ou du mésentère. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'une petite tumeur placée dans l'épaisseur du mésentère, au voisinage de l'angle duodéno-jéjunal et qu'il fut facile d'énucléer. Une tumeur analogue siégeant à côté de la précédente fut également enlevée. Guérison.

Ces deux tumeurs étaient des kystes dermoïdes contenant des cheveux et des dents.

Observation XXVII

(Harry, C. Deaver. — *Revue chirurgie*, 1909.)

Kystes congénitaux du mésentère.

Fillette de 7 ans admise à l'hôpital le 19 mai 1908 parce qu'elle vomissait et qu'elle souffrait dans le ventre. Deux ans auparavant elle avait été soignée pour une gastrite, et 15 jours avant son entrée elle avait présenté une crise de douleurs abdominales accompagnées de vomissements et d'un écoulement leucorrhéique par le vagin. Au bout de 8 jours, douleurs et écoulement disparurent. La dernière crise remontait à environ 2 jours.

A l'examen on trouve l'abdomen distendu et une paroi rigide. Les deux fosses iliaques étaient douloureuses, et à leur niveau la palpation décelait dans la profondeur deux tumeurs distinctes.

La laparotomie permit d'arriver sur les deux tumeurs, tellement juxtaposées qu'à première vue l'on aurait cru à un cæcum distendu reposant sur un kyste de l'ovaire. En regardant de plus près on vit : 1° un premier kyste siégeant sur la terminaison de l'iléon, entre les 2 feuillets du mésentère qu'il séparait l'un de l'autre ; ce kyste avait 5 centimètres de diamètre et siégeait exactement à 15 centimètres de la valvule iléo-cæcale ; 2° un deuxième kyste placé du côté droit de l'intestin et répondant en partie au feuillet antérieur du mésentère ; ce kyste avait les mêmes dimensions que l'autre ; 3° placé entre les

deux, un troisième kyste ayant le volume d'une noisette ; 4° enfin un quatrième kyste, assez volumineux, siégeant sur le côté gauche de la dernière anse de l'iléon, presque à l'opposite du second, mais plus profondément placé.

L'opération consista dans l'ablation de la masse des quatre kystes et du segment de l'iléon qu'ils entouraient, long de 25 centimètres. La continuité de l'intestin fut rétablie au moyen d'une anastomose latérale ; drainage du petit bassin ; guérison.

Observation XXVIII

(Westermann. — *Vederlands Tijdschrift voor Geneeskunden*, 1911.)

Kyste dermoïde du mésentère.

Nous n'avons pu trouver cette observation.

Observation XXIX

(Houzel [Boulogne-sur-Mer]. — Extr. des *Archives provinciales de chirurgie*, avril 1911.)

René B..., 23 mois, garçon, m'est amené vers le mois d'août 1907 par ses parents, qui ont constaté l'apparition d'une grosseur dans le ventre de leur enfant. En interrogeant les parents, on apprend qu'ils avaient remarqué,

du côté gauche du ventre, une tumeur qui existait depuis déjà quelque temps, mais dont ils ne pouvaient préciser le début, car l'enfant ne s'en était jamais plaint. La tumeur semblait augmenter de volume assez rapidement, et comme elle commençait, par ses dimensions, à gêner les mouvements de l'enfant, ils se décidaient à demander l'avis du chirurgien.

L'examen de l'enfant, entièrement déshabillé et dans le décubitus dorsal, me montre en effet l'existence d'une masse volumineuse, faisant une saillie notable dans l'hypocondre et le flanc gauches. De contours faciles à délimiter, elle s'étendait en haut jusqu'aux fausses côtes, en bas affleurait l'épine iliaque antéro-supérieure, en dedans allait jusqu'à un travers de doigt de la ligne blanche, tandis qu'en dehors on la perdait sous la saillie des muscles de la masse sacro-lombaire.

La paroi abdominale était mobile sur la tumeur, qui, à la main, se déplaçait très légèrement en dehors et en dedans. Pas de mobilité dans le sens vertical. Elle était manifestement fluctuante, bien que tendue ; son centre était mat, tandis qu'en dehors et en dedans on obtenait à la percussion une zone de sonorité des plus nettes.

Aucune modification inflammatoire du côté de la peau ; l'examen de l'enfant était d'ailleurs parfaitement indolore.

Le diagnostic porté, sans la radiographie, fut celui de *kyste intra-abdominal de contenu et de nature indéterminés.*

Il entre à la clinique ; on répète plusieurs fois l'examen ; ses urines sont normales.

Après une préparation de quelques jours, je l'opère le 27 août.

Opération. — *Chloroforme :* docteur Teillet ; aide :

docteur Deseille. — Laparotomie latérale gauche, en dehors du muscle droit. — L'incision me conduit rapidement sur un kyste, qui vient faire hernie entre les lèvres de la plaie. La cavité péritonéale est protégée soigneusement par des compresses ; et, ainsi garanti, je ponctionne la poche avec un gros trocart. Il en sort un liquide noirâtre, avec quelques poils follets et blonds. L'évacuation faite, je saisis les parois du kyste avec des pinces à cadre ; il est facile d'en extérioriser une partie et de l'ouvrir largement sans crainte d'infecter le péritoine. Il en sort alors trois kystes mucoïdes de la grosseur d'une noix, un paquet de longs cheveux blonds, un nombre incomptable de poils follets et de la boue noirâtre.

Ayant introduit le doigt pour explorer la poche, je la trouve lisse partout, son insertion profonde conduit le doigt sur les vertèbres lombaires où l'on sent et l'on voit une éminence blanchâtre, couverte de matières sébacées et de poils ; on assèche le tout avec des tampons montés.

Ayant changé de gants, j'attirai alors la poche en dehors ; et j'introduisis l'index dans la cavité péritonéale, afin de me rendre compte des rapports de la masse kystique. Elle était placée entre le côlon descendant en dehors, lui adhérait légèrement, et le grêle en dedans. L'ayant séparé du côlon, sans faire d'effraction, je pus l'extérioriser davantage. L'intestin grêle venait avec la poche qui était fusionnée avec toute la hauteur du mésentère et qui, profondément, s'insérait avec lui sur la même colonne vertébrale. J'essayai de trouver un plan de clivage ; mais j'eus la sensation que, le kyste faisant partie du mésentère, il eût fallu réséquer une grosse portion

mésentérique ainsi que le grêle correspondant pour pouvoir enlever le kyste tout entier.

A chaque manœuvre sur le mésentère, l'enfant était menacé de syncope ; je crus prudent d'y renoncer. Il ne me restait qu'un parti à prendre : marsupialiser la poche après en avoir réséqué la partie libre.

Le péritoine pariétal fut fixé au catgut sur le pourtour de la poche, dont l'ouverture fut suturée aux muscles et à la peau par une couronne de fils de bronze aluminium ; un gros drain fut plongé jusqu'au fond, et, la plaie ayant été recouverte d'un pansement épais, l'enfant fut reporté dans son lit.

Suites opératoires des plus simples. La température ne dépassa jamais 37°. Dans chaque pansement, on retrouvait une quantité de poils follets. Le 8e jour, les fils de bronze furent enlevés ; la cicatrisation était complète ; et la famille reprit l'enfant, en promettant de me le ramener, s'il survenait le moindre incident.

Je ne revis pas le petit malade pendant de longs mois. Je savais cependant que sa santé générale était bonne ; que, localement, la poche suppurait toujours, et que, dans chaque pansement, on trouvait régulièrement des poils en grande quantité.

L'enfant m'est ramené par sa famille en décembre 1909, c'est-à-dire plus de deux années après l'intervention. La plaie de laparotomie est déprimée et froncée en bourse. Le petit orifice fistuleux qui mène dans la poche est masqué par un gros bourgeon charnu, mollasse et saignotant, qui n'a aucune tendance à se cicatriser. L'état général est bon ; et, devant cet état de choses, je fais entrer de nouveau l'enfant à ma clinique. Le 5 janvier 1910, sous anesthésie chloroformique, j'enlevai à la curette tranchante tous les bourgeons exubé-

rants qui cachait l'orifice de la poche. Je pus alors l'explorer au stylet et me rendre compte que la cavité avait encore cinq centimètres de profondeur, mais qu'elle était très rétrécie dans tous ses autres diamètres.

J'injectai immédiatement dans cette poche environ trois à quatre centimètres cubes de teinture d'iode, ancien Codex. Pansement à l'eau oxygénée.

L'enfant rentre dans sa famille après l'intervention ; et je conseille aux parents de faire chaque jour, dans la poche, une injection d'une solution de nitrate d'argent à 2 °/₀ pendant la première semaine, à 3 °/₀ pendant la seconde, à 5 °/₀ pendant la troisième.

Pendant les 8 premiers jours, il y eut suppuration abondante avec une quantité de poils ; pendant la deuxième semaine, l'écoulement diminua et la cavité commençait à se rétrécir au point que l'on pouvait à peine introduire le contenu d'une seringue de Pravaz. Enfin, vers la fin de la troisième semaine, la suppuration cessa, les poils disparurent aussi, et l'on ne pouvait plus pénétrer dans le trajet fistuleux. La cicatrisation s'acheva complète et définitive.

En résumé, il s'agit bien d'un kyste dermoïde du mésentère marsupialisé, et qui n'a guéri qu'au prix d'une suppuration prolongée de plus de deux ans. Il convient d'ailleurs d'ajouter que, si j'avais pu le faire plus tôt, j'aurais décapé la poche au moyen d'injections irritantes capables de détruire l'épithélium et de permettre l'accolement des surfaces avivées ; j'aurais ainsi obtenu une cicatrisation beaucoup plus rapide.

Observation XXX

(Souligoux. — *Bulletin et Mémoires Soc. de Chirurgie*, mars 1912.)

Kyste dermoïde du mésentère.

Homme 50 ans adressé à l'hôpital Tenon par M. le docteur Macaigne, avec le diagnostic de cancer de l'angle colique gauche. Toute l'histoire de ce malade gravitait autour de troubles intestinaux. D'occupations sédentaires, il accusait depuis trop longtemps de la constipation qui, depuis deux ans environ, était allée en augmentant progressivement en s'accompagnant de coliques. Toutefois, les douleurs ne semblent pas avoir eu de siège bien précis, car le malade ne peut les localiser d'une façon bien nette, et cependant cet homme est un névropathe très observateur, donnant avec prodigalité des détails sur son mal.

En février 1910, dans une période de crise, il eut, dans un effort de défécation, une évacuation abondante de sang et de caillots que l'étude attentive nous fait rapporter à des hémorroïdes. Un interrogatoire serré sur la nature de cette constipation : coloration, forme, aspect des fèces, ne nous fournit aucun renseignement intéressant. Tout ce que nous apprenons, c'est qu'elle n'a jamais été entrecoupée de selles diarrhéiques. Pour hâter les gardes-robes, qui ne peuvent se faire que tous les quatre ou cinq jours, le malade fait un véritable abus de purgatifs et de laxatifs. Les fonctions digestives

s'accomplissent cependant à peu près normalement, s'accompagnant de pesanteur, de ballonnement.

En octobre 1910, l'état intestinal est le même, mais l'appétit a diminué et le malade constate qu'il a beaucoup maigri : de combien, il l'ignore.

Pendant ce temps de nombreux médecins ont été consultés et, pour tous, le diagnostic a paru être, et à juste titre, resté incertain.

Le 10 octobre, par hasard, en se palpant le ventre, le malade constate à gauche de l'ombilic une tumeur qui l'engage à se faire examiner par le docteur Macaigne, qui pense à un néoplasme du côlon.

En effet, si la vue ne donne aucune indication, ni déformation, ni circulation collatérale, le palper fait sentir dans l'hypocondre gauche, sous le rebord des fausses côtes, une grosse masse du volume d'un œuf d'autruche, globuleuse, très dure, avec des bosselures grossières. Cette masse est complètement indépendante des plans antérieurs de la paroi abdominale et doit être localisée dans la profondeur. Par une palpation profonde, on arrive, mais difficilement, à la saisir et à la mobiliser très légèrement dans le sens transversal, mais pas du tout de haut en bas : comme nous le verrons, toutes ces données ont été faussées par une défense réflexe que notre patient n'a pu vaincre.

La percussion marque une surface submate dans le plan de projection de la tumeur. L'examen radioscopique, après lavement de bismuth, montre que la circulation intestinale se fait mal et que le bismuth est arrêté au niveau de l'angle splénique. L'examen des autres organes a été négatif, et on ne trouve nulle part d'engorgement ganglionnaire.

L'état général n'est pas bon, cet homme est jaune, très déprimé et très affecté.

Les antécédents héréditaires sont nuls ; le malade a eu en 1908 une syphilis bien traitée par des injections mercurielles, et les manifestations ont été bénignes.

En coordonnant les signes physiques, les signes fonctionnels, et en rapprochant l'évolution de la maladie, il était rationnel de penser à une tumeur du gros intestin, et il y avait toute chance que ce fût un cancer ; mais un cancer encore bien localisé, non adhérent, opérable par conséquent.

Opération. — Aussitôt le malade endormi, on sent que la tumeur est de beaucoup plus mobile, elle sort de la zone des fausses côtes, et on peut la mouvoir largement de haut en bas et dans le sens transversal.

Par une incision longitudinale dans l'hypocondre gauche, on arrive immédiatement sur la tumeur, dont la mobilité apparaît alors extrême.

Elle fuit devant la main qui la cherche et il faut, pour l'extérioriser, aller la saisir sous la coupole diaphragmatique : une fois prise, elle se laisse aisément mener au dehors, car elle était libre de toute adhérence avec les organes voisins. Elle est sensiblement plus grosse que la palpation ne nous l'avait fait sentir, et on voit de suite qu'elle siège entre les deux feuillets du mésentère, dans la première portion du jéjunum, à peu de distance de l'angle duodéno-jéjunal. Elle est régulière, ronde, uniformément lisse et franchement fluctuante.

Je me décide à l'énucléer et, pour cela, j'incise le mésentère, mais sa coque, mince, se déchire. Par la

déchirure sort un magma jaunâtre, très épais, graisseux, avec des taches huileuses.

Avec beaucoup de précautions, on arrive à trouver un plan d'élevage près du bord intestinal, mais en restant à deux travers de doigt de lui. Je termine rapidement l'ablation de la poche tout en étant obligé, cependant, de lier quelques vaisseaux mésentériques assez volumineux. Je fais une hémostase très minutieuse et par un surjet au catgut je rapproche les bords de la plaie mésentérique. Il est certain qu'une branche artérielle mésentérique importante a été sectionnée, car une partie correspondante de l'intestin sur une longueur de 4 centimètres environ est devenue un peu pâle et s'est légèrement rétractée, mais j'ai l'impression très nette d'être resté en deçà de l'arcade mésentérique. Je suture la paroi en trois plans sans drainage.

Les suites opératoires ont été simples. Le malade a commencé à être alimenté dès le 4e jour, a été purgé le 6e, et cet homme sort 3 semaines après en très bonne santé.

L'examen histologique a été fait par M. Ménétrier, voici ce qu'il a constaté : « Poche kystique du volume d'une tête de fœtus à terme, remplie de matière caséeuse et de liquide huileux, à parois peu épaisses, d'aspect fibreux et sans végétation d'aucune sorte. Les coupes de la paroi la montrent constituée par un tissu fibreux très dense et qui n'est, du côté de la cavité, limité par aucun revêtement cellulaire épithélial ou endothélial.

Le tissu conjonctif est à nu dans la cavité et il ne présente ni infiltration cellulaire, ni apparence dégénérative quelconque. Dans l'épaisseur de la paroi, on trouve d'ailleurs, en général, peu d'éléments cellulaires, mais

seulement par place quelques îlots de lymphocytes et de cellules graisseuses.

L'examen histologique ne semble pas confirmer l'hypothèse de kyste dermoïde qui a été faite sans hésitation à l'examen macroscopique de la pièce et de son contenu.

CONCLUSIONS

Les cas de kystes dermoïdes du mésentère sont moins rare qu'on le pensait autrefois, nous avons pu en réunir 30 cas.

D'après l'anatomie du mésentère nous voyons que les kystes se développent plus facilement au niveau du pédicule qui contient plus de tissu cellulaire lâche.

La théorie la plus vraisemblable et celle qui est le plus généralement admise aujourd'hui est la théorie blastomérique.

Les symptômes du kyste dermoïde sont encore peu différenciés et ne permettent dans aucun cas de faire un diagnostic sûr.

Le traitement de choix est l'extirpation totale, la marsupialisation est un pis aller qui ne sera effectué que lorsque cette extirpation sera impossible.

Si la nature de kyste dermoïde n'est pas nettement établie dans quelques observations par un examen histologique, elle est à peu près certaine par l'examen macroscopique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andral. — Précis d'anat. pathol. t. II, Paris, 1839.

Arckion. — Etude sur les kystes du mésentère (Th. Paris, 1891).

Augagneur. — Tumeurs du mésentère (Th. d'agr., Paris, 1884).

Braquehaye. — Arch. gén. de méd., sept.-oct. 1892.

Collet. — Essai sur les kystes dermoïdes du mésentère (Th. Paris, 1884).

Delmez. — Kystes du mésentère (Th. Paris, 1891).

Demon. — Kyste multiloculaire du mésentère.

Deaver. — Kystes congénitaux du mésentère (Annales of surg. n°5, 1909.— J. de chirurgie, 1909, t. II, p. 182).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. VII, 1892.

Duret. — Kyste séreux du mésentère traité par extirpation. Guérison (J. des sciences médicales de Lille).

Federmann. — Sur un cas opéré et guéri de kyste dermoïde du mésentère (J. de chirurgie, 1909, t. I, p. 74).

Fraenkel. — Ueber dermoïdcyster der ovarium und gleischtzeitige dermoïd (mit Haaren) in Peritoneum (Wiener Medizinische Woch., juillet 1883).

Fontaine. — Kystes dermoïdes non viscéraux (Bordeaux, 1903).

Houzel. — Arch. prov. de chirurgie, 1911.

Howship-Dickinson. — Transact. of the path. Soc. of London, 1870-1871.

Hahn. — Ueber mesenteriale Cysten (Berliner klin. Woch., n° 23, 1887).

Launay. — Soc. de chir., 1909 (obs. Schmid).
Lebert. — Mémoires Soc. biologie 1re série, t. IV et *in* Gazette méd., Paris, 1892.
Lemichez. — Kyste dermoïde supposé (Soc. anat. de Lille, 1895).
Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. I, t. VIII, 1899.
Poulet. — Des kystes dermoïdes acquis, 1886.
— Pathogénie de quelques kystes du mésentère (*In* Echo médical du Nord, t. VI, Lille, 1902).
Peau. — Diagnostic et traitement des tumeurs du bassin.
— Traité des maladies abdominales.
Quénu. — Traité chirurgie, t. VI, p. 168.
Rives. — Kystes chyleux (Montpellier, 1905).
Spencer Wells. — British medical Journ., 1882.
— Revue chirurgie, 1899.
Souligoux et Ménétrier. — Bulletins et Mémoires Soc. de chir., 1912.
Terrillon. — Société de chirurgie.
Trombetta. — Cisti del mesenterio (Bull. médical, 1888).
Verneuil. — Bull. Soc. anat., 1852.
Vesterman. — Kyste dermoïde du mésentère (Nederland Tydschrift voor Geneskunde, 1911, t. I).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
VIGIÉ.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 juillet 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

MARQUE SYNDICALE

MONTPELLIER — IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE